SCHEMA DI APPLICAZIONE DEI CONTENUTI DELLA DELIBERA REGIONALE N.319 DEL 01/03/2000 E SUCCESSIVE MODIFICHE D.G.R.N.703 DEL 21/03/2000 “Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera Anno 2000 Regione Emilia-Romagna”

INDICE

INTRODUZIONE..... 1

TERMINOLOGIA USATA NEL DOCUMENTO..... 5

NEONATO SANO DIMESSO DAL NIDO 6

TARIFFAZIONE A DRG..... 7
REGIME ORDINARIO..... 7
PROTESI……..……..8
TRAPIANTI……..…….9
REGIME DAY HOSPITAL..... 10

PSICHIATRIA 11

RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA POST-ACUZIE 12

RICOVERI RIPETUTI..... 14

27 DRG DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE..... 16

DAY SURGERY 24

SCHEMA DI APPLICAZIONE DEI CONTENUTI DELLA DELIBERA REGIONALE N.319 DEL 01/03/2000 E SUCCESSIVE MODIFICHE D.G.R.N.703 DEL 21/03/2000 "Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera Anno 2000 Regione Emilia-Romagna"

INTRODUZIONE

Si trasmettono i criteri di calcolo adottati nell'archivio regionale della Scheda di Dimissione Ospedaliera in applicazione alla D.G.R. n.319 e successive modificazioni.
Per le strutture pubbliche e private la D.G.R. 319/2000 e la D.G.R. 703/2000 trovano applicazione a decorrere con i ricoveri "ammessi" dall'1 gennaio 2000; ne consegue che i cavalieri dell'anno (ricoverati nel 1999 e dimessi nel 2000) vengono tariffati secondo le normative in vigore l'anno precedente.
Per le prestazioni ospedaliere oggetto di mobilità interregionale compresi gli stranieri, fatta salva ogni eventuale ulteriore decisione adottata nel corso dell'anno 2000 dalla conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le province autonome, le tariffe da applicarsi e relativi abbattimenti tariffari sono individuate dalla delibera in oggetto. Per le Aziende ospedaliere di Parma, Modena, Bologna, Ferrara e Istituti Ortopedici Rizzoli gli importi del singolo ricovero di pazienti provenienti da fuori regione, andranno incrementati del 5% , quota per i maggiori oneri derivanti dalla presenza dell'università.

ABBATTIMENTI TARIFFARI

Nell'atto deliberativo n.319 viene ulteriormente sviluppato il tema degli strumenti atti a disincentivare l'utilizzo improprio dell'ospedale, attraverso la determinazione di abbattimenti su attività quali i ricoveri medici brevi in day hospital (riconfermata la tariffa forfetaria di £ 234.000) , i ricoveri in regime ordinario di più di un giorno per i 27 DRG proposti per gli accordi con i Medici di Medicina Generale e gli abbattimenti (come già nel 1999) su specifiche tipologie di ricoveri ripetuti . Infine, per sette tipologie di interventi chirurgici, riconducibili ai relativi DRG, la tariffa prevista per il regime ordinario è minore rispetto a quella prevista per il day hospital chirurgico.
Si precisa che i suddetti abbattimenti tariffari trovano applicazione anche sulle prestazioni ospedaliere oggetto di mobilità attiva interregionale, fatta eccezione per i 27 DRG dei Medici di Medicina Generale per i quali si applica la tariffa piena.
Infatti le politiche regionali di contenimento dell'ospedalizzazione relative a tali patologie sono espressamente modulate sull'analisi dei ricoveri evitabili per i cittadini residenti in Emilia Romagna, nonché sui relativi accordi regionali con i Medici di Medicina Generale.

Le procedure di abbattimento tariffario per i ricoveri ripetuti e per i 27 DRG (MMG) relativamente al superamento dei tetti stabiliti per i residenti in ambito provinciale (vedi capitolo specifico) dovranno essere effettuate a chiusura banca dati 2000, prassi ormai consolidata anche dall'Agenzia Sanitaria Regionale .

PRECISAZIONI NECESSARIE PER IL CALCOLO DELL'IMPORTO DEL SINGOLO RICOVERO

A) CAMPI DELLA SDO UTILIZZATI PER IL CALCOLO DELL'IMPORTO

- OSPEDALE . Questo campo determina la fascia tariffaria di appartenenza
- REGIME DI RICOVERO
- REPARTI (Ammissione, trasferimento, dimissione)
- DATE AMMISSIONE/TRASFERIMENTO/DIMISSIONE (per il calcolo delle giornate di degenza nei vari reparti)
- DRG (per i ricoveri tariffati a punto DRG)
- DIAGNOSI (per alcune eccezioni)
- INTERVENTI (per alcune eccezioni)
- MODALITA' DI DIMISSIONE
- ONERE DELLA DEGENZA
- COMUNE DI RESIDENZA
- NUMERO DI ACCESSI IN DAY HOSPITAL

B) MODALITA' DI CALCOLO

- L'introduzione dell'istituto delle assenze temporanee (permessi) del paziente e la relativa modalità di segnalazione sulla SDO (circolare n.23 del 23/12/99 "Norme per la gestione della scheda nosologica –anno 2000'), consente il calcolo delle giornate di degenza al netto dei giorni trascorsi all'esterno dell'ospedale.
  Tali giornate non sono incluse nella valorizzazione dell'importo.

  Esempio:
  Il paziente viene ricoverato il 17/02/2000 nel reparto di medicina generale , successivamente dal 19/02/2000 al 21/02/2000 viene concordato un permesso; rientra in ospedale e viene dimesso il 25/02/2000.
  Le giornate di degenza trascorse in ospedale e depurate da quelle trascorse fuori saranno 6.

- Il meccanismo di remunerazione aggiuntiva per i ricoveri cosiddetti outliers viene applicato solamente ai ricoveri effettuati in degenza ordinaria.
- L'importo finale del ricovero viene arrotondato alle mille lire (superiori se resto di importo /1000 >= 500, inferiori in caso contrario).
- Tutti i ricoveri per cui onere degenza = 4 (solvente) o 5 (altro) , importo = 0.
- Tutte le sdo relative a trapianti di ospedali non autorizzati, importo = 0.
- Poiché in day-hospital non sono ammessi trasferimenti tra unità operative, la tariffazione avviene basandosi sulla disciplina del reparto di dimissione.

TERMINOLOGIA USATA NEL DOCUMENTO

TARIFFA BASEsi intende il risultato derivante dall'operazione (peso del drg * valore del punto DRG) . Tale termine viene utilizzato anche per le tariffe specifiche dei 100 DRG di alta complessità che per gli ospedali di fascia A viene individuata da un valore fisso.
VALORE SOGLIA (trim point)= n°massimo di giornate ammissibili per ogni singolo DRG in degenza ordinaria.
TARIFFA PRODIE = tariffa giornaliera da applicare per i ricoveri ordinari con degenza > di valore soglia, per la parte eccedente il valore soglia (colonna prodie D.G.R.319)
TARIFFA GIORNALIERA= remunerazione per la singola giornata di degenza per le attività riabilitative, lungodegenza e psichiatria.

IMPORTO= importo finale del ricovero (risultato dei vari passaggi necessari alla tariffazione e relativi abbattimenti tariffari)

- ggdeg ➔ giornate di degenza complessive del ricovero
- gg28 ➔ giornate di degenza in reparti 28
- gg40 ➔ giornate di degenza in reparti 40
- gg56 ➔ giornate di degenza in reparti 56
- gg60 ➔ giornate di degenza in reparti 60
- gg75 ➔ giornate di degenza in reparti 75
- gg-acuti ➔ ggdeg – (gg28 + gg40 + gg56 + gg60 + gg75)

NEONATO SANO DIMESSO DAL NIDO
(Codice disciplina 31)

Disciplina di dimissione = 31 (nido)

- Tipo di dimissione <> 1 (deceduto) , 6 (trasferito ad altro istituto)
  Importo = £ 600.000
- Tipo di dimissione = 1, 6 e ggdeg > 1
  Importo = £ 600.000
- Tipo di dimissione =1 e ggdeg = 1
  Importo = 2 * tariffa DRG specifica riportata nella colonna (trasferito/deceduto) D.G.R. 319
- Data di ricovero >data di nascita
  Importo = £ 0
- Tipo di dimissione =6 e ggdeg = 1
  Importo = £ 0

TARIFFAZIONE A DRG
relativa alla sola parte di degenza trascorsa in unità operative per acuti

REGIME ORDINARIO

gg-acuti > 1 importo = tariffa base + tariffa prodie * (gg-acuti - valore soglia)[1]

A tale regola fanno eccezione:

- DRG 006C,039C,119C,270C,342C,343C,364C
  importo = (50% * tariffa base)+ (tariffa prodie * (gg-acuti - valore soglia))[1]

gg-acuti = 1 e tipo di dimissione <> 1 (deceduto), 6 (trasferito ad altro istituto)

- DRG medici importo = £. 234.000

A tale regola fanno eccezione:

- DRG = 124M , 125M e 373M (323 M ed esiste almeno un intervento = 98.51)
  importo = 80% * tariffa base

- DRG non medici importo = 80% * tariffa base

A tale regola fanno eccezione:

- DRG 006C,039C,119C,270C,342C,343C,364C
  importo = (50% * tariffa base)+ (tariffa prodie * (gg-acuti - valore soglia))[1]

gg-acuti = 1 e e tipo di dimissione = 1 (deceduto), 6 (trasferito ad altro istituto)

importo = 2 * tariffa DRG specifica riportata nella colonna (trasferito/deceduto) D.G.R. 319

Tariffe Grandi ustionati:

DRG = 458 C – Ustioni non estese con trapianto di pelle
istituto = 080091- 01 (Osp. Cesena) e 080902 (Osp. Riuniti Parma) TARIFFA BASE= £ 42.592.000

[1] da applicare solo se gg-acuti > valore soglia;

TARIFFE PROTESICHE

- **PROTESI SFINTERICHE URINARIE**
  Se esiste un intervento = 58.93 e se le strutture sono:
  - istituto = 080004 (Piacenza), 080903 (AOSP Reggio Emilia), 080030, 080031, 080032 (ex presidio Modena centro), 080904 (AOSP Modena), 080908 (S, Orsola), 080061 (Osp. Cento), 080909 (AOSP Ferrara), 080099 (Osp. Cattolica)
    importo= maggiorazione della tariffa base di £ 8.000.000

- **PROTESI ENDOAORTICHE**
  Se esistono contemporaneamente interventi 39.52 e 38.91 ed esiste diagnosi (in qualunque posizione codificata nella SDO) con prime tre cifre = 441 e se le strutture sono:
  - istituto = 080004 (Piacenza), 080902 (AOSP Parma), 080903 (AOSP Reggio Emilia), 080030, 080031, 080032 (ex presidio Modena centro), 080908 (S. Orsola), 080909 (AOSP Ferrara), 080072 (Osp. Ravenna), 080095 (Osp. Rimini), 080213 (Hesperia Hospital di Modena), 080239 (Villa Maria Cecilia di Ravenna), 080223 (Villa Torri di Bologna), 080211 (Villa Salus di Reggio Emilia)
    importo= maggiorazione della tariffa base di £ 6.000.000

- **PROTESI COCLEARI**
  Se esiste un intervento = 20.96 o 20.97 o 20.98 e le strutture sono:
  - istituto = 080902 (AOSP Parma), 080903 (AOSP Reggio Emilia), 080909 (AOSP Ferrara)
    importo= maggiorazione della tariffa base di £ 41.580.000

- **SOSTITUZIONE TOTALE O PARZIALE DELLA SPALLA**
  Se esiste un intervento = 81.80 o 81.81
  - istituti con reparti di disciplina = 36
    importo= maggiorazione della tariffa base di £ 1.650.000

- **ARTRODESI VERTEBRALE SENZA INNESTO DI OSSO**
  Se esiste un intervento = 81.04 o 81.05
  ed esiste diagnosi (in qualunque posizione codificata nella SDO) = 754.2 o da 737.30 a 737.39
  - istituti con reparti di disciplina = 36
    importo= maggiorazione della tariffa base di £ 4.500.000

- **ARTRODESI VERTEBRALE CON INNESTO DI OSSO**
  Se esistono gli interventi 81.04+78.09 oppure gli interventi 81.05+78.09
  ed esiste diagnosi (in qualunque posizione codificata nella SDO) = 754.2 o da 737.30 a 737.39
  - istituti con reparti di disciplina = 36
    importo= maggiorazione della tariffa base di £ 5.200.000

- **PROTESI D'ANCA E GINOCCHIO**
  La maggiorazione della tariffa riconosciuta per questa tipologia di protesi è ricompresa nella tariffa base del DRG 209 C- Interventi su articolazioni magg. e reimpianti di arti inferiori., tariffa base pari a £ 17.951.000 per gli ospedali di fascia A e £ 13.632.000 per gli ospedali di fascia B.

TARIFFE TRAPIANTI

- DRG = 103 C- Trapianto di cuore o 480 C-Trapianto di fegato
  - istituto = 080908 (S. Orsola)
    importo= importo calcolato come ai punti precedenti + £5.500.000

  - altri istituti
    importo = £. 0

- DRG = 302 C- Trapianto di rene , ed esiste intervento = 55.69
  - istituto = 080902 (AOSP Parma), 080904 (AOSP Modena) e 080908 (S. Orsola)
    importo= importo calcolato come ai punti precedenti + £5.500.000

  - altri istituti
    importo = £. 0

- DRG = 42 ed intervento = 11.60, 11.64 o 11.69
  importo= importo calcolato come ai punti precedenti + £300.000

- DRG = (191, 192, 292 o 293) ed esiste intervento = 52.82 o 52.80
  - istituto = 080902 (AOSP Parma), 080908 (S. Orsola)
    importo= importo calcolato come ai punti precedenti + £5.500.000

  - altri istituti
    importo = £. 0

- esiste un intervento con prime tre cifre = 780, escluso 78.04, 78.06 e 78.08 ed esiste diagnosi secondaria = V42.4
  - istituto = 080960 (II.OO. Rizzoli)
    importo= importo calcolato come ai punti precedenti + £3.480.000

  - altri istituti
    importo = £. 0

REGIME DAY HOSPITAL

- DRG <> 'M' — importo = 80% * tariffa base

- DRG = 'M' > di 3 accessi — importo = 80% * tariffa base
- DRG = 'M' < = di 3 accessi — importo = tariffa forfetaria di £ 234.000

Alla regola di tariffazione dei DRG medici fanno eccezione:

- DRG 409 M, 410 M, 492 M
  gg-acuti = 1
  mporto = £. 234.000

  2 < gg-acuti < 8
  importo = 80% * tariffa base

  gg-acuti > 7
  importo = 100%*tariffa base

- DRG 65 M, 134 M ,183 M , 294 M, 321 M, 326 M, 332 M, 369 M, 467 M
  importo = tariffa forfetaria di £. 200.000

- DRG 124 M, 125 M e (323 M , per cui esista almeno un codice intervento = 98.51)
  importo = 80% * tariffa base

N.B.: non si applica la tariffa del deceduto/trasferito in regime di day hospital

PRECISAZIONE SUI 7 DRG CHIRURGICI INDIVIDUATI DALLA D.G.R. N.319

DRG 006 C 'decompressione del tunnel carpale'
DRG 039 C 'interventi sul cristallino con o senza vitrectomia'
DRG 119 C 'legature di stripping e vene'
DRG 270 C 'altri interventi pelle, sottocute e mammella no CC'
DRG 342 C 'circoncisione età > 17 anni'
DRG 343 C 'circoncisione < 18 anni'
DRG 364 C 'dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasia maligna'

Per tali DRG se effettuati in regime di ricovero ordinario a prescindere dal numero di giornate di degenza, la tariffa individuata è pari al 50%*tariffa base.
Se effettuati in regime di ricovero diurno la tariffa è pari all 80*tariffa base.

PSICHIATRIA
Tariffazione a giornata

Disciplina di dimissione = 40 e il paziente non è mai transitato per un reparto 60,56,28,75 .
Se transitato per un reparto 60,56,28,75 vedi capitolo n. 4

	Regime ordinario	**Regime di day hospital**
Ospedali pubblici	£ 370.000*giornata	80%*(370.000*giornata)
Case di cura psichiatriche **	£ 300.000*giornata	80%*(300.000*giornata)

** Per i residenti in Emilia-Romagna, ai sensi dell'accordo Regione-Aiop 1999-2000 (D.G.R. 1384 del 26/07/99), la tariffa pro-die è stabilita in Lire 267.000

RIABILITAZIONE (codice disciplina 56,75,28)
E LUNGODEGENZA POST-ACUZIE (codice disciplina 60)

Per i ricoveri di pazienti **transitati o dimessi** dalle suddette discipline la remunerazione massima complessiva è ricavata dalla somma fra la tariffa DRG specifica relativa ad una eventuale fase del ricovero trascorsa in reparto diverso da quelli di cui ai codici di disciplina 56,75,28,60 e il prodotto fra il numero di giornate trascorse in reparti di cui ai codici di disciplina 56,75,28,60 e la valorizzazione pro die specifica per reparto e MDC come specificato nella seguente tabella. L'abbattimento del 40% della tariffa giornaliera qualora il ricovero superi i valori soglia specificati, non dovrà essere inferiore a £214.000.

MDC	SEDI/LIVELLO CODICE DISCIPLINA	TARIFFA giornaliera	Valore soglia in giorni di degenza per l'abbattimento del 40% della tariffa	TARIFFA giornaliera di DH (fino a 3 accessi)	TARIFFA giornaliera di DH (oltre i 4 accessi)
1 e 24	AS III -75	650		220	470
DRG 483	AS III-28	650		220	470
	RI II-56	507	60	220	330
	LPA/RE I-60	250	60	0	0
4	AS III -75	360		0	0
	AS III-28	360		0	0
	RI II-56	360	15	220	250
	LPA/RE I-60	250	60	0	0
5	AS III -75	390		0	0
	AS III-28	390		0	0
	RI II-56	390	15	220	260
	LPA/RE I-60	250	60	0	0
8	AS III -75	400	40	220	280
	AS III-28	400	40	220	280
	RI II-56	400	40	220	280
	LPA/RE I-60	250	60	0	0
Altre MDC	AS III -75	300	30	220	220
	AS III-28	300	30	220	220
	RI II-56	300	30	220	220
	LPA/RE I-60	250	60	0	0

L'esplicazione delle modalità di calcolo viene di seguito riportata con alcuni esempi;

n.SDO	Reparto ammissi	Giorni	Reparto 1°trasf.	Giorni	Reparto 2°trasf.	Giorni	Reparto ultimo trasf	Giorni	Rep dim.	Giornate compless	Regime	Mdc	Valore soglia mdc	Valore soglia DRG
1	Acuto	25	60	75					60	100	1	1	60	28
2	Acuto	10	56	4	Acuto	50			Acuto	64	1	1	60	10
3	Acuto	10	60	4	Acuto	15	Acuto	6	Acuto	35	1	2	60	40
4	56	10	40	2	Acuto	14	Acuto	5	Acuto	31	1	5	15	4
5	60	80	Acuto	25			Acuto	4	Acuto	109	1	12	60	40
6	60	80	Acuto	10	56	1	40	10	40	101	1	4	60 e 15	10
7	56	80							56	80	1	8	40	
8	56	1							56	1	2	24		
9	56	5							56	5	2	24		
10	56	42	60	35					60	77	1	8	40 e 60	

	gg_acuti	gg_60	gg_56	gg_40	gg_totali	importo
1	25	75			100	tar_DRG+(250*60)+(214*15)
2	60		4		64	tar_DRG+(tar_prodie*50)+(507*4)
3	31	4			35	tar_DRG+(250*4)
4	19		10	2	31	tar_DRG+(tar_prodie*15)+(390*10)+(tar_40*2)
5	29	80			109	tar_DRG+(250*60)+(214*20)
6	10	80	1	10	101	tar_DRG+(250*60)+(214*20)+(360*1)+(tar_40*10)
7			80		80	(400*40)+(240*40)
8			1		1	(220*1)
9			5		5	(330*5)
10		35	42		77	(400*40)+(240*2)+(250*35)

- **Tar_prodie =**(colonna prodie per outliers D.G.R.319)
- **Tar_DRG = tariffa DRG relativa alla parte di degenza in unità operative per acuti**
- **Tar_40= tariffa giornaliera per la psichiatria**
- **Gg_acuti=giornate trascorse nei reparti per acuti**
- **Gg_60=giornate trascorse nei reparti di lungodegenza**
- **Gg_56=giornate trascorse nei reparti di riabilitazione**
- **Gg_40=giornate trscorse nei reparti di psichiatria**

RICOVERI RIPETUTI

Gli abbattimenti tariffari previsti dalla normativa regionale riguardano quella tipologia di ricoveri ripetuti con stessa MDC e finestra temporale 2/7 giorni e 8/30 giorni. Tali abbattimenti trovano applicazione anche sui ricoveri di pazienti provenienti da fuori Regione Emilia-Romagna.

Esclusioni preliminari per calcolare i ricoveri ripetuti:
Le esclusioni preliminari da effettuare dal data base per poter intercettare i ricoveri ripetuti sono:

- Dimissioni dai reparti (56,40,60,75,31,28)
- 27 DRG dei medici di medicina generale (tabella 3 allegati)
- Ricoveri in day hospital
- Ricoveri con onere degenza 4 e 5

Ricovero ripetuto:
Ricovero, di durata superiore a 1 giorno, successivo ad un precedente ricovero (ricovero indice) dello stesso paziente classificato nella stessa MDC e avvenuto nello stesso presidio o casa di cura.
Informazione necessaria per intercettare i ricoveri ripetuti è il codice fiscale.

Finestra temporale:
Intervallo di tempo intercorso tra il ricovero indice e il ricovero ripetuto.
Calcolo delle finestra temporale = (data di ammissione del ricovero ripetuto – data di dimissione del ricovero indice).

Ripetuto con finestra temporale 2-7 giorni (abbattimento dell'importo del 50%):
(data di ammissione del ricovero ripetuto – data di dimissione del ricovero indice) compresa tra 2 e 7 giorni.
Da tale conteggio vengono escluse le riammissioni nella giornata di lunedì dei pazienti dimessi il venerdì o il sabato della settimana precedente e le riammissioni nella giornata di domenica dei pazienti dimessi il venerdì della settimana precedente.

Ripetuto con finestra temporale 8-30 giorni (abbattimento dell'importo del 20%):
(data di ammissione del ricovero ripetuto – data di dimissione del ricovero indice) compresa tra 8 e 30 giorni.

Caso in cui esista più di un ricovero ripetuto dello stesso paziente:
Nel caso in cui un paziente venga ricoverato più di 2 volte il calcolo della finestra temporale viene effettuato tra la data di ammissione di un determinato ricovero e la data di dimissione del relativo precedente ricovero .

Esempio1

1° ricovero:	ammesso il 28/03	dimesso il 2/04	giornate di degenza =5	
2° ricovero	ammesso il 01/05	dimesso il 03/05	giornate di degenza =2	finestra t.= 29gg.
3° ricovero	ammesso il 15/05	dimesso il 16/05	giornate di degenza =1	finestra t.= 12gg.
4° ricovero	ammesso il 20/05	dimesso il 25/05	giornate di degenza = 5	finestra t. =4gg.

Abbattimenti sugli importi finali dei rispettivi ricoveri:
Applicazione all'esempio precedente:

1° ricovero tariffa piena
2° ricovero abbattimento del 20%
3° ricovero nessun abbattimento (essendo un ricovero con giornate di degenza =1)
4° ricovero abbattimento del 50 %

Esempio2

1° ricovero:	ammesso il 28/03	dimesso il 2/04	giornate di degenza =5	
2° ricovero	ammesso il 01/05	dimesso il 01/05	giornate di degenza =1	finestra t.= 29gg.
3° ricovero	ammesso il 02/05	dimesso il 07/05	giornate di degenza =5	finestra t.= 1gg.

Abbattimenti sugli importi finali dei rispettivi ricoveri:
Applicazione all'esempio precedente:

1° ricovero tariffa piena
2° ricovero nessun abbattimento (essendo un ricovero con giornate di degenza =1)

3° ricovero nessun abbattimento (essendo una tipologia di ricoveri ripetuti non contemplata nella Delibera Regionale)

Esempio3

1° ricovero:	ammesso il 28/03	dimesso il 2/04	giornate di degenza =5	
2° ricovero	ammesso il 01/05	dimesso il 04/05	giornate di degenza =3	finestra t.= 29gg.
3° ricovero	ammesso il 08/05	dimesso il 11/05	giornate di degenza =3	finestra t.= 4gg.

Abbattimenti sugli importi finali dei rispettivi ricoveri:
Applicazione all'esempio precedente:

1° ricovero tariffa piena
2° ricovero abbattimento del 20%
3° ricovero abbattimento del 50%

Ricoveri ripetuti sui quali non applicare gli abbattimenti:

- Ricoveri di 1 giorno
- Ricoveri neoplastici con diagnosi principale compresa fra 140.0 e 208.91 o 230.0 e 239.9 o V58.0 e V58.1
- Ricoveri attribuiti a DRG 488, 489, 490
- Ricoveri attribuiti a DRG non medici con peso >= 1,9

27 DRG DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Gli abbattimenti tariffari previsti per questa tipologia di ricoveri trovano applicazione solo sui residenti in Emilia-Romagna, e limitatamente ai soli ricoveri in regime ordinario di piu' di 1 giorno e dimessi da reparti per acuti .

Nello specifico:

- per i ricoveri effettuati in strutture pubbliche o private ubicate nel medesimo ambito aziendale ove risiede il cittadino ricoverato o , limitatamente alla provincia di Bologna, nel medesimo ambito provinciale ove risiede il cittadino ricoverato, che eccedano, per ciascun produttore provinciale, pubblico o privato, il tetto stabilito secondo gli obiettivi di riduzione, abbattimenti progressivi;
- abbattimento del 35% per i ricoveri in strutture pubbliche o private ubicate in un ambito aziendale diverso da quello di residenza del cittadino ricoverato, fatta eccezione per i cittadini residenti nella provincia di Bologna per i quali l'abbattimento riguarderà i soli casi ricoverati in strutture ubicate al di fuori della provincia di Bologna.

Per la determinazione dei ricoveri riportati nella tabella seguente relativa ai 27 DRG vengono esclusi i ricoveri in day hospital , i ricoveri in degenza ordinaria di 1 giorno , le dimissioni dai reparti 56,40,75,28,60, e i ricoveri con onere della degenza 4,5.

RICOVERI DEI 27 DRG DEI MEDICI DI BASE

REGIME ORDINARIO>1giorno (sono esclusi i ricoveri dimessi dai reparti 56-60-75-40-28)

ONERE DEGENZA 1,2,3,6

		colonna A	colonna B	Colonna C (A-B)	*Numero di ricoveri eccedenti l'obbiettivo di riduzione Aziendale sui quali applicare gli abbattimenti tariffari*						
					RESIDENTI PROVINCIA DI BOLOGNA						
		storico anno 1998 Residenti Provincia Bologna	**riduzione**	**(ATTESI) anno 2000 tetto**	<= 10% colonna C abbattimento 20%		10%<colonna C <=20% abbattimento 35%		>20% colonna C abbattimento 50%		> base storica abbattimento 50%
Ambito territoriale di ricovero	***Produttori***				***da***	***fino a***	***da***	***fino a***	***da***	***fino a***	***oltre***
Bo-Sud	BAZZANO	889	169	720	721	792	793	864	865	889	890
	PORRETTA TERME	885	169	716	717	788	789	860	861	885	886
	VERGATO	575	110	465	466	512	513	558	559	575	576
	LOIANO	408	78	330	331	363	364	396	397	408	409
	VILLA CHIARA	312	61	251	252	276	277	301	302	312	313
	PROF NOBILI	393	73	320	321	352	353	384	385	393	394
	Totale	**3.462**	**660**	**2.802**							
Imola	CASTEL S PIETRO	458	101	357	358	393	394	428	429	458	459
	IMOLA	2.898	643	2.255	2.256	2.480	2.481	2.705	2.706	2.898	2.899
	Totale	**3.356**	**744**	**2.612**							
Bo-Nord	BUDRIO	1.182	43	1.139	1.140	1.182					1.183
	BENTIVOGLIO	1.446	58	1.388	1.389	1.446					1.447
	S GIOVANNI IN P.	853	34	819	820	853					854
	Totale	**3.481**	**135**	**3.346**							
Bo-Città	MAGGIORE - BO	4.475	863	3.612	3.613	3.974	3.975	4.335	4.336	4.475	4.476
	BELLARIA - BO	1.161	211	950	951	1.044	1.045	1.139	1.140	1.161	1.162
	VILLA ERBOSA	452	83	369	370	406	407	443	444	452	453
	VILLA NIGRISOLI	224	44	180	181	198	199	216	217	224	225
	VILLA TORRI	31	6	25	26	28	29	30	31	31	32
	VILLA LAURA	435	85	350	351	384	385	419	420	435	436
	VILLA SALUS-BO	4	1	3							5
	CL MALATTIE M.N.	35	7	28	29	31	32	34	35	35	36
	SORSOLA-M.	9.304	1.770	7.534	7.535	8.288	8.289	9.041	9.042	9.304	9.305
	IIOOR	210	37	173	174	190	191	207	208	210	211
	Totale	**16.331**	**3.107**	**13.224**							
TOTALE PROVINCIA		**26.630**	**4.646**	**21.984**							

RICOVERI DEI 27 DRG DEI MEDICI DI BASE
REGIME ORDINARIO>1giorno (sono esclusi i ricoveri dimessi dai reparti 56-60-75-40-28)
ONERE DEGENZA 1,2,3,6

Ambito territoriale di ricovero	*Produttori*	colonna A storico anno 1998 Residenti	colonna B riduzione	Colonna C (A-B) (ATTESI) anno 2000 tetto	*Numero di ricoveri eccedenti l'obbiettivo di riduzione Aziendale sui quali applicare gli abbattimenti tariffari*						
					<= 10% colonna C abbattimento 20%		10%<colonna C <=20% abbattimento 35%		>20% colonna C abbattimento 50%		> base storica abbattimento 50
					da	*fino a*	*da*	*fino a*	*da*	*fino a*	*oltre*
PIACENZA (obbiettivo di riduzione 14,2%)	CASTEL S. GIOVANNI	1.146	163	983	984	1.082	1.083	1.146			1.147
	BOBBIO	233	33	200	201	220	221	233			234
	PIACENZA	3.517	499	3.018	3.019	3.319	3.320	3.517			3.518
	FIORENZUOLA D'ARDA	830	118	712	713	783	784	830			831
	CORTEMAGGIORE	1.054	150	904	905	995	996	1.054			1.055
	PIACENZA - CDC	1.017	144	873	874	960	961	1.017			1.018
	S. ANTONINO	536	76	460	461	506	507	536			537
	TOTALE	8.333	1.183	7.150							
PARMA (obbiettivo di riduzione 5,9%)	FIDENZA	1.251	74	1.177	1.178	1.251					1.252
	S.SECONDO PARMENSE	396	23	373	374	396					397
	BORGO VAL DI TARO	810	48	762	763	810					811
	CITTA' DI PARMA	1.375	81	1.294	1.295	1.375					1.376
	PICCOLE FIGLIE	516	30	486	487	516					517
	VAL PARMA	209	12	197	198	209					210
	OSPEDALI RIUNITI-	5.970	352	5.618	5.619	5.970					5.971
	TOTALE	10.527	621	9.906							
REGGIO	GUASTALLA	1.561	0	1.561							1.562
	CORREGGIO	458	0	458							459
	MONTECCHIO EMILIA	654	0	654							655
	SCANDIANO	945	0	945							946
	CASTELNOVO MONTI	1.025	0	1.025							1.026
	SALUS-RE	110	0	110							111
	VILLA VERDE-RE	255	0	255							256
	S.MARIA NUOVA-RE	4.589	0	4.589							4.590
	TOTALE	9.597	-	9.597							9.598

RICOVERI DEI 27 DRG DEI MEDICI DI BASE
REGIME ORDINARIO>1giorno (sono esclusi i ricoveri dimessi dai reparti 56-60-75-40-28)
ONERE DEGENZA 1,2,3,6

Ambito territoriale di ricovero	*Produttori*	colonna A storico anno 1998 Residenti	colonna B riduzione	Colonna C (A-B) (ATTESI) anno 2000 tetto	*Numero di ricoveri eccedenti l'obbiettivo di riduzione Aziendale sui quali applicare gli abbattimenti tariffari* <= 10% colonna C abbattimento 20%		10%<colonna C <=20% abbattimento 35%		>20% colonna C abbattimento 50%		> base storica abbattimento 50
					da	*fino a*	*da*	*fino a*	*da*	*fino a*	*oltre*
MODENA (obbiettivo di riduzione 7,9%)	CARPI	1.651	130	1.521	1.522	1.651					1.652
	MIRANDOLA	1.541	122	1.419	1.420	1.541					1.542
	FINALE EMILIA	370	29	341	342	370					371
	CIVILE - MO	866	68	798	799	866					867
	ESTENSE - MO	1.298	103	1.195	1.196	1.298					1.299
	CASTELFRANCO	653	52	601	602	653					654
	SASSUOLO	976	77	899	900	976					977
	FORMIGINE	441	35	406	407	441					442
	VIGNOLA	957	76	881	882	957					958
	PAVULLO NEL	1.389	110	1.279	1.280	1.389					1.390
	HESPERIA HOSPITAL	68	5	63	64	68					69
	VILLA FIORITA	450	36	414	415	456					451
	PINETA DI GAIATO	90	7	83	84	90					91
	POLICLINICO-MO	4.684	370	4.314	4.315	4.684					4.685
	TOTALE	15.434	1.219	14.215							
FERRARA (obbiettivo di riduzione 2,7%)	CENTO	1.024	28	996	997	1.024					1.025
	ARGENTA	995	27	968	969	995					996
	COMACCHIO	1.261	34	1.227	1.228	1.261					1.262
	COPPARO	539	15	524	525	539					540
	QUISISANA	327	9	318	319	327					328
	VILLA SALUS-FE	415	11	404	405	415					416
	ARCISPEDALE S.ANNA	4.021	109	3.912	3.913	4.021					4.022
	TOTALE	8.582	232	8.350							
RAVENNA (obbiettivo di riduzione 14,2%)	RAVENNA	4.044	574	3.470	3.471	3.817	3.818	4.044			4.045
	LUGO	2.463	350	2.113	2.114	2.325	2.326	2.463			2.464
	FAENZA	2.158	306	1.852	1.853	2.037	2.038	2.158			2.159
	DOMUS NOVA	190	27	163	164	179	180	190			191
	S. FRANCESCO	95	13	82	83	90	91	95			96
	VILLA MARIA	64	9	55	56	60	61	64			65
	S. PIER DAMIANO	349	50	299	300	329	330	349			350
	TOTALE	9.363	1.330	8.033							

RICOVERI DEI 27 DRG DEI MEDICI DI BASE
REGIME ORDINARIO>1giorno (sono esclusi i ricoveri dimessi dai reparti 56-60-75-40-28)
ONERE DEGENZA 1,2,3,6

bito territoriale di ricovero	*Produttori*	colonna A storico anno 1998 Residenti	colonna B riduzione	Colonna C (A-B) (ATTESI) anno 2000 tetto	*Numero di ricoveri eccedenti l'obbiettivo di riduzione Aziendale sui quali applicare gli abbattimenti tariffari*						
					<= 10% colonna C abbattimento 20%		10%<colonna C <=20% abbattimento 35%		>20% colonna C abbattimento 50%		> base storica abbattimento 50
					da	*fino a*	*da*	*fino a*	*da*	*fino a*	*oltre*
.I (obbiettivo di riduzione 32,7%)	FORLI'	3.743	1224	2.519	2.520	2.771	2.772	3.023	3.024	3.743	3.744
	FORLIMPOPOLI	1.072	351	721	722	794	795	866	867	1.072	1.073
	S. SOFIA	527	172	355	356	390	391	426	427	527	528
	VILLA IGEA-FO	541	177	364	365	401	402	437	438	541	542
	VILLA SERENA	816	267	549	550	604	605	659	660	816	817
	TOTALE	6.699	2.191	4.508							
ENA (obbiettivo di riduzione 29,3%)	BAGNO DI ROMAGNA	457	134	323	324	355	356	388	389	457	458
	CESENA	2.498	732	1.766	1.767	1.943	1.944	2.119	2.120	2.498	2.499
	CESENATICO	507	149	358	359	394	395	430	431	507	508
	MERCATO SARACENO	193	57	136	137	150	151	164	165	193	194
	MALATESTA NOVELLO	1.391	408	983	984	1.082	1.083	1.180	1.181	1.391	1.392
	S. LORENZINO	955	280	675	676	743	744	810	811	955	956
	TOTALE	6.001	1.758	4.243							
NI (obbiettivo di riduzione 21%)	RIMINI	3.462	727	2.735	2.736	3.008	3.009	3.282	3.283	3.462	3.463
	SANTARCANGELO DI R	438	92	346	347	381	382	415	416	438	439
	CATTOLICA	686	144	542	543	596	597	650	651	686	687
	RICCIONE	1.727	363	1.364	1.365	1.501	1.502	1.637	1.638	1.727	1.728
	VILLA ASSUNTA	345	72	273	274	300	301	327	328	345	346
	VILLA MARIA-RN	806	169	637	638	700	701	764	765	806	807
	PROF. MONTANARI	306	64	242	243	266	267	290	291	306	307
	TOTALE	7.770	1.632	6.138							

ANDAMENTO DEI RICOVERI PER I 27 DRG DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE RELATIVAMENTE AGLI OBBIETTIVI FISSATI DALLA REGIONE PER L'ANNO 1999

Ricoveri effettuati in strutture pubbliche o private ubicate nel medesimo ambito aziendale ove risiede il cittadino ricoverato

	osservati_98	*ATTESI*	*osservati_99*	*variazione rispetto atteso*	*% di variazione*	*variazione rispetto 1998*	*% di variazione*
CASTEL S. GIOVANNI	1.146	986	914	-72	-7.3	-232	-20.2
BOBBIO	233	200	198	-2	-1.2	-35	-15.0
PIACENZA	3.517	3.025	3.920	895	29.6	403	11.5
CORTEMAGGIORE	1.054	906	797	-109	-12.1	-257	-24.4
FIORENZUOLA D'ARDA	830	714	738	24	3.4	-92	-11.1
TOTALE PUBBLICO PIACENZA	6.780	5.831	6.567	736	12,6	-213	-3,1
PIACENZA - CDC	1.017	875	835	-40	-4.5	-182	-17.9
S. ANTONINO	536	461	560	99	21.5	24	4.5
TOTALE PRIVATO PIACENZA	1.553	1.336	1.395	59	4,4	-158	-10,2
TOTALE AZIENDA PIACENZA	8.333	7.167	7.962	795	11.1	-371	-4.5
FIDENZA	1.251	1.177	1.010	-167	-14.2	-241	-19.3
S.SECONDO PARMENSE	396	373	269	-104	-27.8	-127	-32.1
BORGO VAL DI TARO	810	762	638	-124	-16.3	-172	-21.2
OSPEDALI RIUNITI-PR	5.970	5.618	6.136	518	9.2	166	2.8
TOTALE PUBBLICO PARMA	8.427	7.930	8.053	123	1,6	-374	-4,4
CITTA' DI PARMA	1.375	1.294	1.265	-29	-2.2	-110	-8.0
PICCOLE FIGLIE	516	486	430	-56	-11.4	-86	-16.7
VAL PARMA	209	197	180	-17	-8.5	-29	-13.9
TOTALE PRIVATO PARMA	2.100	1.977	1.875	-102	-5,2	-225	-10,7
TOTALE AZIENDA PARMA	10.527	9.907	9.928	21	0,2	-599	-5,7
MONTECCHIO EMILIA	654	654	621	-33	-5.0	-33	-5.0
GUASTALLA	1.561	1.561	1.412	-149	-9.5	-149	-9.5
CORREGGIO	458	458	439	-19	-4.1	-19	-4.1
SCANDIANO	945	945	871	-74	-7.8	-74	-7.8
CASTELNOVO NE' MONTI	1.025	1.025	973	-52	-5.1	-52	-5.1
S.MARIA NUOVA-RE	4.589	4.589	4.601	12	0.3	12	0.3
TOTALE PUBBLICO REGGIO E.	9232	9232	8917	-315	-3,4	-315	-3,4
SALUS-RE	110	110	63	-47	-42.7	-47	-42.7
VILLA VERDE-RE	255	255	159	-96	-37.6	-96	-37.6
TOTALE PRIVATO REGGIO E.	365	365	222	-143	-39,2	-143	-39,2
TOTALE AZIENDA REGGIO E.	9597	9597	9139	-458	-4.8	-458	-4.8
CARPI	1.651	1.521	1.818	297	19.6	167	10.1
FINALE EMILIA	370	341	0	-341	-100.0	-370	-100.0
MIRANDOLA	1.541	1.419	1.261	-158	-11.2	-280	-18.2
CASTELFRANCO EMILIA	653	601	492	-109	-18.2	-161	-24.7
S.AGOSTINO-ESTENSE-MO	866	798	1.855	1057	132.6	989	114.2
ESTENSE - MO	1.298	1.195	95	-1100	-92.1	-1203	-92.7
FORMIGINE	441	406	0	-406	-100.0	-441	-100.0
SASSUOLO	976	899	1.301	402	44.7	325	33.3
PAVULLO NEL FRIGNANO	1.389	1.279	1.276	-3	-0.3	-113	-8.1
VIGNOLA	957	881	977	96	10.8	20	2.1
POLICLINICO-MO	4.684	4.314	4.911	597	13.8	227	4.8
TOTALE PUBBLICO MODENA	14.826	13.654	13.986	332	2,4	-840	-5,7
HESPERIA HOSPITAL	68	63	81	18	29.3	13	19.1
VILLA FIORITA	450	414	485	71	17.0	35	7.8
PINETA DI GAIATO	90	83	83	0	0.1	-7	-7.8
TOTALE PRIVATO MODENA	608	560	649	89	15.9	41	6.7
TOTALE AZIENDA MODENA	15.434	14.214	14.635	160	1,1	-799	-5,2

ANDAMENTO DEI RICOVERI PER I 27 DRG DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE RELATIVAMENTE AGLI OBBIETTIVI FISSATI DALLA REGIONE PER L'ANNO 1999

Ricoveri effettuati in strutture pubbliche o private ubicate nel medesimo ambito aziendale ove risiede il cittadino ricoverato

	osservati_98	*ATTESI*	*osservati_99*	*variazione rispetto atteso*	*% di variazione*	*variazione rispetto 1998*	*% di variazione*
BAZZANO	889	720	755	35	4.9	-134	-15.1
PORRETTA TERME	885	716	705	-11	-1.6	-180	-20.3
VERGATO	575	465	594	129	27.7	19	3.3
LOIANO	408	330	311	-19	-5.7	-97	-23.8
CASTEL S. PIETRO TERME	458	357	347	-10	-2.8	-111	-24.2
IMOLA	2.898	2.255	2.590	335	14.9	-308	-10.6
BUDRIO	1.182	1.139	980	-159	-14.0	-202	-17.1
BENTIVOGLIO	1.446	1.388	1.515	127	9.1	69	4.8
S. GIOVANNI IN PERSICETO	853	819	874	55	6.8	21	2.5
MAGGIORE - BO	4.475	3.612	4.291	679	18.8	-184	-4.1
BELLARIA - BO	1.161	950	1.132	182	19.2	-29	-2.5
S.ORSOLA-MALPIGHI-BO	9.304	7.534	8.305	771	10.2	-999	-10.7
II.OO. RIZZOLI - BO	210	173	232	59	34.4	22	10.5
CL. MALATTIE NERVOSE E M.-BO	35	28	73	45	158.7	38	108.6
TOTALE PUBBLICO BOLOGNA	24779	20486	22704	875	4.3	-2075	-8.4
VILLA CHIARA	312	251	229	-22	-8.7	-83	-26.6
PROF. NOBILI	393	320	336	16	5.0	-57	-14.5
VILLA ERBOSA	452	369	362	-7	-2.0	-90	-19.9
NIGRISOLI	224	180	174	-6	-3.3	-50	-22.3
VILLA TORRI	31	25	38	13	51.7	7	22.6
VILLA LAURA	435	350	385	35	10.2	-50	-11.5
VILLA SALUS-BO	4	3	2	-1	-40.4	-2	-50.0
TOTALE PRIVATO BOLOGNA	1851	1498	1526	47	3.1	-325	-17.6
TOTALE AZIENDA BOLOGNA	26630	21984	24230	81	0.4	-2400	-9.0
CENTO	1.024	996	1.130	134	13.4	106	10.4
ARGENTA	995	968	988	20	2.1	-7	-0.7
COMACCHIO	1.261	1.227	1.192	-35	-2.8	-69	-5.5
COPPARO	539	524	530	6	1.1	-9	-1.7
ARCISPEDALE S.ANNA-FE	4.021	3.912	3.621	-291	-7.4	-400	-9.9
TOTALE PUBBLICO FERRARA	7.840	7.627	7.461	-320	-4.2	-379	-4.8
QUISISANA	327	318	471	153	48.0	144	44.0
VILLA SALUS-FE	415	404	369	-35	-8.6	-46	-11.1
TOTALE PRIVATO FERRARA	742	722	840	-202	-28.0	98	13.2
TOTALE AZIENDA FERRARA	8.582	8.349	8.301	-84	-1.0	-281	-3.3
RAVENNA	4.044	3.470	4.015	545	15.7	-29	-0.7
LUGO	2.463	2.113	2.301	188	8.9	-162	-6.6
FAENZA	2.158	1.852	2.157	305	16.5	-1	-0.0
TOTALE PUBBLICO RAVENNA	8.665	7.435	8.473	1038	14.0	-192	-2.2
DOMUS NOVA	190	163	129	-34	-20.9	-61	-32.1
S. FRANCESCO	95	82	96	14	17.8	1	1.1
VILLA MARIA CECILIA	64	55	49	-6	-10.8	-15	-23.4
S. PIER DAMIANO	349	299	323	24	7.9	-26	-7.4
TOTALE PRIVATO RAVENNA	698	599	597	32	5.3	-101	-14.5
TOTALE AZIENDA RAVENNA	9.363	8.034	9.070	50	0.6	-293	-3.1
FORLI'	3.743	2.519	3.705	1186	47.1	-38	-1.0
FORLIMPOPOLI	1.072	721	1.113	392	54.3	41	3.8
S. SOFIA	527	355	464	109	30.8	-63	-12.0
TOTALE PUBBLICO FORLI'	5.342	3.595	5.282	1687	46.9	-60	-1.1
VILLA IGEA-FO	541	364	474	110	30.2	-67	-12.4
VILLA SERENA	816	549	527	-22	-4.0	-289	-35.4
TOTALE PRIVATO FORLI'	1357	913	1001	1775	194.4	-356	-26.2
TOTALE AZIENDA FORLI'	6.699	4.508	6.283	1863	41.3	-416	-6.2

ANDAMENTO DEI RICOVERI PER I 27 DRG DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE RELATIVAMENTE AGLI OBBIETTIVI FISSATI DALLA REGIONE PER L'ANNO 1999

Ricoveri effettuati in strutture pubbliche o private ubicate nel medesimo ambito aziendale ove risiede il cittadino ricoverato

	osservati_98	*ATTESI*	*osservati_99*	*variazione rispetto atteso*	*% di variazione*	*variazione rispetto 1998*	*% di variazione*
BAGNO DI ROMAGNA	457	323	427	104	32.2	-30	-6.6
CESENA	2.498	1.766	2.328	562	31.8	-170	-6.8
CESENATICO	507	358	432	74	20.5	-75	-14.8
MERCATO SARACENO	193	136	161	25	18.0	-32	-16.6
TOTALE PUBBLICO CESENA	3655	2583	3348	661	25,6	-307	-8,4
MALATESTA NOVELLO	1.391	983	1.294	311	31.6	-97	-7.0
S. LORENZINO	955	675	851	176	26.0	-104	-10.9
TOTALE PRIVATO CESENA	2.346	1.658	2.145	1148	69.2	-201	-8.6
TOTALE AZIENDA CESENA	6.001	4.241	5.493	1635	38.6	-508	-8.5
RIMINI	3.462	2.735	3.238	503	18.4	-224	-6.5
SANTARCANGELO DI ROMAGNA	438	346	412	66	19.1	-26	-5.9
CATTOLICA	686	542	632	90	16.6	-54	-7.9
RICCIONE	1.727	1.364	1.596	232	17.0	-131	-7.6
TOTALE PUBBLICO RIMINI	6.313	4.987	5.878	388	7,8	-435	-6,9
VILLA MARIA-RN	806	637	732	95	15.0	-74	-9.2
PROF. MONTANARI	306	242	226	-16	-6.5	-80	-26.1
TOTALE PRIVATO RIMINI	1112	879	958	79	9,0	-154	-13,8
TOTALE AZIENDA RIMINI	7.425	5.866	6.836	158	2.7	-589	-7.9
TOTALE	108.591	93.867	101.877	8.010	8,5	-6714	-6,2

DAY SURGERY

Chirurgia di giorno/day surgery: la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici od anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive e seminvasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno, in anestesia locale, locoregionale o generale (deliberazione della giunta regionale 1 marzo 2000, n.559 - Linee guida per l'attivazione dell'assistenza chirurgica a ciclo diurno day surgery).

One day surgery: quando il ricovero prevede la presenza del degente per 24 ore (deliberazione della giunta regionale 1 marzo 2000, n.559 - Linee guida per l'attivazione dell'assistenza chirurgica a ciclo diurno day surgery).

Gestione della documentazione clinica: come riportato nella delibera sopracitata, la cartella clinica deve comprendere l'intero ciclo assistenziale, dal momento del primo accesso (fase di selezione) sino all'ultimo controllo post-operatorio previsto dal protocollo terapeutico.
Qualora il paziente non si presenti al momento dell'intervento verrà considerato dimissionario e si intende interrotto il ricovero :

- se il paziente non si presenta al momento dell'intervento per sopraggiunte controindicazioni all'intervento stesso, il ricovero è temporaneamente interrotto ed in questo specifico caso la documentazione clinica rimane aperta.
- se il paziente non si presenta al momento dell'intervento e non se ne conosce la motivazione, la documentazione clinica va chiusa in quanto non ci sono elementi che giustifichino la temporanea interruzione.

Parte integrante della cartella clinica è la scheda di dimissione ospedaliera, SDO (DM 28/12/1991).
Di seguito si riportano alcuni esempi di codifica:

DAY SURGERY

a) 1° accesso - visita di selezione;
2° accesso - intervento chirurgico
3° accesso - visita di controllo post-operatorio

Modalità di codifica della SDO:

REGIME DI RICOVERO **2=ricovero in day-hospital**
MOTIVO DEL RICOVERO **5=day surgery**
NUMERO DI ACCESSI IN RICOVERO DIURNO indicare il **numero** complessivo di giornate in cui il paziente ha avuto contatti con la struttura di ricovero per uno stesso ciclo assistenziale: nell'esempio specifico dovrà essere segnato **3.**
Si precisa che la visita di controllo può essere più di una ed ogni controllo post-operatorio viene considerato un accesso.

b) 1°accesso-visita di selezione
2° accesso-intervento chirurgico
Per sopraggiunte complicazioni il paziente deve essere trasferito nell'unità operativa di competenza.
In questo caso si dovrà effettuare un cambio di regime di ricovero che prevede la chiusura della SDO per il trattamento in day surgery e l'apertura di una nuova SDO per il ricovero in regime ordinario.

Modalità di codifica della SDO relativa al trattamento in day surgery

REGIME DI RICOVERO **2=ricovero in day-hospital**
MOTIVO DEL RICOVERO **5=day surgery,**
NUMERO DI ACCESSI IN RICOVERO DIURNO **2**
MODALITA' DI DIMISSIONE **7=trasferito ad altro regime di ricovero**

Modalità di codifica della SDO relativa al trattamento in regime di ricovero ordinario

REGIME DI RICOVERO **1=ricovero ordinario**
PROPOSTA DI RICOVERO **8=paziente trasferito da altro regime di ricovero**

ONE DAY SURGERY

c) 1° accesso - visita di selezione;
2° accesso - intervento chirurgico con pernottamento ;
3° accesso - visita di controllo post-operatorio;

Successivamente alla visita di selezione viene effettuato l'intervento chirurgico e per necessità di una più prolungata osservazione il paziente pernotta in ospedale e viene dimesso il giorno successivo. Nell'accesso successivo viene effettuata la visita di controllo post-operatorio

Modalità di codifica della SDO:

REGIME DI RICOVERO **2=ricovero in day-hospital**
MOTIVO DEL RICOVERO **6=one day surgery,**
NUMERO DI ACCESSI IN RICOVERO DIURNO indicare il **numero** complessivo di giornate in cui il paziente ha avuto contatti con la struttura di ricovero per uno stesso ciclo assistenziale: nell'esempio specifico dovrà essere segnato **3.**

d) 1°accesso-visita di selezione
2° accesso-intervento chirurgico e pernottamento.
Per sopraggiunte complicazioni il paziente deve essere trasferito nell'unità operativa di competenza.
In questo caso si dovrà effettuare un cambio di regime di ricovero che prevede la chiusura della SDO per il trattamento in one day surgery e l'apertura di una nuova SDO per il ricovero in regime ordinario.

Modalità di codifica della SDO relativa al trattamento in one day surgery

REGIME DI RICOVERO **2=ricovero in day-hospital**
MOTIVO DEL RICOVERO **6=one day surgery,**
NUMERO DI ACCESSI IN RICOVERO DIURNO **2**
MODALITA' DI DIMISSIONE **7=trasferito ad altro regime di ricovero**

Modalità di codifica della SDO relativa al trattamento in regime di ricovero ordinario

REGIME DI RICOVERO **1=ricovero ordinario**
PROPOSTA DI RICOVERO **8=paziente trasferito da altro regime di ricovero**

TARIFFAZIONE
Si precisa che le tariffe DRG da applicarsi all'attività di chirurgia diurna, che sia in day surgery e/o one day surgery, in coerenza con regole di tariffazione dei DRG chirurgici effettuati in degenza di day hospital (allegato 4 D.G.R. n..319/2000) è sempre l'80%* tariffa base a prescindere dal numero di accessi .